



DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES (DDD)

계획 조치 통지서

수혜자격 거절, 해제 혹은 종료

PLANNED ACTION NOTICE

ELIGIBILITY DENIAL, TERMINATION, OR EXPIRATION

수혜자/신청인의 이름과 주소

수혜자 대리인의 이름과 주소

귀하

수혜자격결정

일부러 귀하의 DDD 수혜자격을 해제하며 그 이유는 다음과 같습니다.

- ☐ 연령에 따른 건강증세 자격 기준에 부합하지 않습니다.
- ☐ 육(6)세 이하 WAC 388-823-0810 ~ 0850
- ☐ 육(6)세에서 구(9)세 WAC 388-823-0810 ~ 0850
- ☐ 십(10) 세 이상 WAC 388-823-0200 ~ 0710
- (동봉 요약서 및 장애여부 증거 일람표 참조)
- ☐ 귀하의 수혜자격은 다음 기간에 만료됩니다. WAC 388-823-1005 및 WAC 388-823-1040
- ☐ 4번째 생일
- ☐ 10번째 생일
- ☐ 귀하의 장애는 18세 이후부터 발생하였습니다. WAC 388-823-0040
- ☐ 귀하는 워싱턴주 거주민이 아닙니다. WAC 388-823-0050 및 WAC 388-823-1020
- ☐ 귀하의 장애는 영구적인 장애가 아닌 것으로 예상됩니다. WAC 388-823-0040
- ☐ 귀하 혹은 귀하의 대리인이 귀하의 DDD 수혜자격을 해제해 달라고 요청하였습니다.

그 다음의 일

- ☐ 귀하는 현재 DDD로부터 유급 서비스를 받고 있는 사람으로서 귀하의 수혜자격이 만료되거나 해제될 때 다음 서비스(들)이 종료될 것입니다. (RCW 71A.16.020)
- ☐ HCBS 웨이버 서비스(HCBS Waiver Services) ☐ DDD SSP 지급
- ☐ 메디칼 퍼스널 케어(Medicaid Personal Care) ☐ 기타 서비스
- ☐ 가족지원서비스(Family Support Services)

선택할 수 있는 기타 서비스:

항소권

저희가 내린 귀하의 수혜자격 거절 혹은 해제 결정에 동의하지 않으시면 행정 심의회를 신청하실 권리가 있습니다. 하지만 귀하의 수혜자격 만료에 대해서는 항소하실 권리가 없습니다.

심의회 요청은 이 서신을 받으신 후 구십(90)일 이내에 신청하셔야만 합니다. 심의회 신청서가 이 서신에 동봉되어 있습니다.

- ☐ 수혜자격 거절. 귀하의 수혜자격 신청이 거절되었다는 통지 내용의 서신일 경우 이 서신을 받으신 후로 구십(90)일 내에 행정심의회를 신청할 수 있습니다. 이 통지서 접수 후 구십(90)일이 지나면 행정심의회를 신청하실 권리가 없습니다.
- ☐ 수혜자격 해제. 귀하의 수혜 자격이 해제되었다는 통지서일 경우 다음과 같이 할 수 있습니다.
- 행정심의회를 _____ 까지 신청하시면 항소기간에도 수혜자격 그대로 유지하고 현재의 모든 유급 서비스를 계속 받을 수 있습니다.
 - 유급서비스를 계속 받기를 선택하신 후 최종 판결이 당국의 승소로 결정날 경우 해당 유급서비스의 최대 60일 기간까지 그 비용을 책임져야 할 것입니다.
 - 유급서비스를 계속 받기를 원치 않으시면 아래로 연락하십시오.

케이스/자원 매니저

전화번호

- ☐ 수혜자격 만료. 4번째 10번째 생일 전에 적시에 수혜자격을 다시 신청하지 않아 수혜자격이 만료되었다는 통지 내용의 서신일 경우 행정심의회를 신청할 권리가 없습니다. 수혜자격을 다시 신청할 수는 있습니다.

귀하는 다음과 같은 권리를 행사할 수 있습니다.

1. 대리인을 대동할 권리(무료 법적 지원을 받을 수도 있음)
2. DDD에 철해져 있는 귀하의 서류 사본 및 본 결정에 검토 사용된 모든 정보의 사본을 요청할 권리
3. 증거물을 제시할 권리
4. 심의회에서 직접 증언할 권리 및 다른 사람을 증인으로 내 세울 권리
5. DDD 측 증인을 대질 심문할 권리

질문이 있으십니까?

수혜자격 결정이나 항소 절차에 관해 질문이 있으시면 아래로 전화하십시오.

케이스/자원 매니저

전화번호

사무실명 및 주소

계획 조치 통지서
DDD 수혜 자격 거절, 해제 혹은 종료
심의회 신청서

참고규정: 제 388-02조에 따른 DSHS 규정

FOR AGENCY USE ONLY	
<input type="checkbox"/> Oral request taken by:	
NAME	TELEPHONE NUMBER
INVOLVED DIVISION/ORGANIZATION	

발송주소: OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARING (OAH), MAIL STOP: 42489
PO BOX 42489
OLYMPIA WA 98504-2489

팩스: 360-586-6563

본인은 발달장애부(DDD)에서 다음과 같이 결정한 수혜자격이나 서비스에 동의하지 않기 때문에 심의회를 신청합니다.

이름(인쇄체로 명확히 기입)	생년월일	소셜시큐리티 번호
심의회 신청인 주소	수혜자 ID 번호	
시	주	우편번호
전화번호(지역번호 포함)		<input type="checkbox"/> 메시지 수신 전화

조치사항 통지 날짜와 발송처: _____ 발송처: _____
날짜 DSHS 사무소명과 주소
자격이 될 경우 계속 지원 받길 원하십니까? ☐ 예 ☐ 아니오 프로그램: _____

본인의 대변인은 다음과 같습니다(대변인이 없을 경우 다음 두 칸은 작성하지 마십시오).

대변인	소속기관(단체)	전화번호
주소	시	주
		우편번호

☐ 본인은 본인의 심의회에 관한 정보를 본인의 대변인에게 공개해도 됨을 승인합니다.

서명	날짜
----	----

심의회 개최시 통역관이나 기타 지원이나 편의시설이 필요하십니까? ☐ 예 ☐ 아니오

예에 해당될 경우 해당 언어나 필요한 지원을 기재하십시오. _____

행정관사(ALJ)는 일부 심의회를 전화상으로 개최할 수 있습니다. 전화보다는 직접 면담하는 방식으로 심의회를 하고자 한다면 OAH에서 보내드린 심의회 통지서 지시사항을 잘 준수하시기 바랍니다.

**INSTRUCTIONS FOR DDD ELIGIBILITY PLANNED ACTION
NOTICE FOR DENIAL, TERMINATIONS, EXPIRATIONS**

Notification Requirements

1. The Planned Action Notice must be sent within 5 working days of the decision date.
2. The Planned Action Notice has five (5) sections.
 - Decision
 - Appeal rights
 - Summary of Evidence
 - Evidence Table
 - Request for Appeal
3. The Planned Action Notice is addressed to the client regardless of their age and to their representative per WAC 388-825-100. Use the following order to determine who represents the client:
 - A parent if the client is less than age eighteen (18);
 - The guardian or other legal representative;
 - Other relative;
 - Other person identified by the client;
 - An advocacy agency.

Completing the form

1. Effective date
 - Initial denial is the date generated by the IE application.
 - Expiration is 4th or 10th birthday.
 - 18 year old review is 18th birthday (allow a minimum of ten (10) days from the date of mailing and a maximum of ninety (90) days)
 - For other reviews, terminate the last of the month allowing a minimum of ten (10) days from the date of mailing and a maximum of ninety (90) days from mailing date.
2. Services: For terminations/expirations, check one of the boxes related to paid DDD services.
 - Check the DDD services that terminate with the eligibility.
 - You do not have to send an additional service Planned Action Notice since the "action" is the eligibility decision.
3. Other service options: Identify other DSHS and non-DSHS service options.
4. "Your Appeal Rights": Check the correct decision. At least one box must be checked.
 - If it is a termination of a currently eligible client, you must fill in the date for requesting a hearing and maintaining eligibility and services.

The appeal date is calculated by counting 10 days from the mailing of the Planned Action Notice and extending to the end of the month of the 10th day.

- The appeal date must be prior to or the same as the effective date. (See #1 above)
- The 10th day must be a working day.

Examples:

1. The notice is completed October 10th with anticipated mailing October 11th.
 - Ten (10) days counting October 11th is October 20th.
 - the last day of the month of the 10th day is October 31st.
2. The notice is completed October 20th with anticipated mailing October 23rd.
 - Ten (10) days counting October 23rd is November 1st.
 - the last day of the month of the 10th day is November 30th.

5. Summary of Evidence

- Complete the Summary section(s) relevant to the applicant/client age.
 - Children under age six (6): send only the Evidence Table "Children Under Age Ten (10)"
 - Children age six (6) through age nine (9): send both Evidence Tables
 - Persons age ten (10) and older: send only the Evidence Table for "Persons Age Six (6) and Older"

Distribution

1. The client and representative letter can be mailed in the same envelope if they live at the same address.
2. Put a copy in the client file.
3. Allen/Marr Class Members (see policy 11.01 and 11.03)
 - WPAS
 - RSN
 - MH CRM
 - Mental Health Program Manager in DDD Headquarters

건강상태 징표 요약서(SUMMARY OF EVIDENCE)

DDD 수혜자격에 대한 기본 요건

(BASIC REQUIREMENTS FOR DDD ELIGIBILITY)

충분한 징표	불충분한 징표	적용되지 않음	DDD 수혜자격에 대한 기본 요건	DSHS 규정 (WAC)
			(1) 육(6)세 이상의 아동으로서 아래 중 하나에 기인할 수 있는 장애가 있음	388-823-0040 (1)(a)
			(a) 정신박약 혹은	
			(b) 뇌성(소아)마비 혹은	
			(c) 간질 혹은	
			(d) 자폐증 혹은	
			(e) 기타 신경학적 증세 혹은	
			(f) DDD에서 판정한 정신박약에 가까운 건강증세 혹은 정신박약 개인에게 요구되는 치료와 유사한 치료를 받을 필요가 있는 사람	
			및 (2) 18세 이전에 발생한 장애임	388-823-0040 (1)(b)
			및 (3) 장애가 영구적으로 지속될 것으로 예상됨	388-823-0040 (1)(c)
			및 (4) 장애로 인해 적응력 기능에 많은 제한이 있음	388-823-0040 (1)(d)
			혹은 (5) 10세 이하로 다음과 같은 증세가 있음	388-823-0800 (4)
			(a) 발달지연 증세 혹은	
			(b) 다운증후군 증세 혹은	
			(c) 평가하기에는 증세가 너무 심각함 혹은	
			(d) 의료집중 홈케어 프로그램(Medically Intensive Home Care Program) 수혜 자격이 있음	

주:

"불충분한 징표"란 물증이 없거나 물증이 WAC 기준에 부합하지 않음을 뜻합니다. 구체적인 WAC 요건은 첨부한 "장애여부 증거 일람표"를 참조하십시오.

10세 이상일 경우 장애요건 (2) ~ (5)번은 (1)에 기재된 수혜자격 요건에 부합하지 않는 한 "적용되지 않음"에 표기될 것입니다.

6세 이하일 경우 장애요건 (1) ~ (4)번은 다음의 경우를 제외하고 "적용되지 않음"에 표기될 것입니다.

- 장애요건 (4)번은 발달지연 증세에만 적용됩니다.

신청인의 이름

장애여부 증거 일람표
십(10)세 이하 아동의 건강상태

귀하는 **DDD** 수혜자로서의 자격이 없습니다. 이 요약서는 **WAC 388-823**에 따른 각 발달장애의 수혜요건 목록입니다.

장애증세	유면허 진단자에 의한 진단	현재한 건강상태의 제약
발달지연 WAC 388-823-0810 ~ 388-823-0850	진단을 받을 필요가 없음	발육평가 혹은 발달지연 평가 평균 미만 표준 편차치 1.5에 해당하는 지연: 출생일 ~ 2세: 1 이상 지연 3세 ~ 9세: 3 이상 지연
다운 증후군 WAC 388-823-0810(2) WAC 388-823-0820	유면허 의사에 의한 다운 증후군 진단	없음
평가하기에 상태가 너무 심함 WAC 388-823-0810(4) WAC 388-823-0820	유면허 의사나 심리학자로부터 진단 받기에는 상태가 너무 심함	없음
의학적 집중 WAC 388-823-0810(3) WAC 388-823-0820	DSHS/HRSA 관리자에 의한 의료집중 홈케어 프로그램(DSHS Medically Intensive Home Care Program) 수혜자격	없음

장애여부 증거 일람표
 육(6)세 이상 아동의 건강상태

신청인의 이름		
귀하는 DDD 수혜자로서의 자격이 없습니다. 이 요약서는 WAC 388-823 에 따른 각 발달장애의 수혜요건 목록입니다.		
장애 증세	유면히 진단자에 의한 진단	현재한 건강상태의 제약
정신박약 WAC 388-823-0200 ~ 388-823-0230	유면히 심리학자 혹은 공인 학교 심리학자에 의한 정신박약 진단 유면히 의사에 의한 다운 증후군 진단	적응성 평가 및 평균 미만 표준 편차치 2 이상인 전 스케일(Full Scale) 아이큐 점수를 포함하는 심리평가 및 진단 혹은 적응 능력에 영향을 미치는 정신질환, 정신상태 혹은 언급되지 않은 질병이나 사고라는 징표가 없음
뇌성(소아)마비 WAC 388-823-0300 ~ 388-823-0330	유면히 의사에 의한 뇌성마비 진단 유면히 의사에 의한 사지(전신)마비 진단 유면히 의사에 의한 반신불수 진단 유면히 의사에 의한 양측마비 진단	3세 이전에 발병 및 다음과 같은 신체적 지원에서 두 가지 이상의 도움이 필요함: 화장실 사용, 목욕, 식사, 옷입기, 이동 혹은 의사소통

장애 증세	유면히 진단자에 의한 진단	현저한 건강상태의 제약
<p>간질 WAC 388-823-0400 ~ 388-823-0420</p>	<p>위원회에서 공인한 신경과 전문의에 의한 간질 진단 위원회에서 공인한 신경과 전문의에 의한 발작병 진단</p>	<p>병력 및 신경학상의 검사에 근거한 진단 의사 혹은 신경과 전문의가 확증한 발작으로 약으로 조절되지 않는 통제불능 및 진행성 혹은 재발성 발작 및 아래 프로그램 중 한 가지 분야의 적응 평가 점수가 평균 미만 표준 편차치 2점 이상</p> <p>Vineland 혹은 지난 3년 내의 SIB-R 혹은 지난 2년 내의 ICAP</p>
<p>자폐증 WAC 388-823-0500 ~ 388-823-0515</p>	<p>위원회에서 공인한 신경과 의사 혹은 정신과 의사 혹은 유면히 심리 학자 또는 위원회에서 공인한 발달 및 행동 소아과 전문의에 의한 DSM-IV-TR의 299.00에 따른 자폐증 혹은 자폐 장애 진단</p>	<p>3세 전에 사회적, 언어적, 의사소통 능력 혹은 부호 또는 상 상(창작) 놀이 등에 기능 지연 혹은 비정상적인 징표 및 아래 프로그램 중 한 가지 분야의 적응 평가 점수가 평균 미만 표준 편차치 2점 이상</p> <p>Vineland 혹은 지난 3년 내의 SIB-R 혹은 지난 2년 내의 ICAP</p>

장애 증세	유면허 진단자에 의한 진단	현재한 건강상태의 제약
기타 신경학적 증세 WAC 388-823-0600 ~ 388-823-0615	유면허 의사에 의한 중추신경계 장애 진단	중위 미만으로 1 1/2 기준 편차가 넘는 FS(Full Scale) IQ 점수 및 다음과 같은 신체적 지원에서 두 가지 이상의 도움이 필요함: 화장실 사용, 목욕, 식사, 옷입기, 이동 혹은 의사소통
기타 건강증세 WAC 388-823-0700 ~ 388-823-0710	유면허 의사 혹은 심리학자가 진단한 지능 및 적응성 결핍의 정의에 따른 증세 혹은 장애 및 신경화상 증세, 중추신경계 장애 혹은 염색체 장애	평균 미만 표준 편차치 1 1/2 이상의 전 스케일(Full Scale) 아이큐 점수 혹은 현재한 학습능력 지연 및 적응성 기능에 영향을 미치는 언급되지 않은 증세나 장애 징표가 없음 및 아래 프로그램 중 한 가지 분야의 적응 평가 점수가 평균 미만 표준 편차치 2점 이상 Vineland 혹은 지난 3년 내의 SIB-R 혹은 지난 2년 내의 ICAP
의학적 집중 (17세까지만) WAC 388-823-0700(2) ~ 388-823-0710(2)	없음	DSHS Medically Intensive Home Care Program 수혜자격